

O-7-32

転移性腎腫瘍に対する治療内容と生存期間に関する検討

石巻赤十字病院 泌尿器科

○鈴木 健大、石塚 雄一、小野久仁夫、石井 智彦

【背景・目的】腎は悪性腫瘍の遠隔転移臓器として剖検上は稀ではないが、生前に診断され治療の対象となることは少ない。当施設において12例の他臓器転移の無い転移性腎腫瘍の症例を経験したので治療内容と生存期間の検討を行い診断後のアウトカムについて検討した。
【方法】平成19年4月1日から平成27年3月31日までに石巻赤十字病院にて入院加療された転移性腎腫瘍の患者12名について、年齢、性別、原発巣（発症日、治療、病理所見）、転移巣（発症日、治療、病理所見）、転臓について検討を行った。
【結果】患者は54～84歳（平均65.7歳）、12名（男性8例、女性4例）であった。原発巣は肺癌6例、大腸癌3例、食道癌2例、乳癌1例であった。うち転移巣に対し外科の治療を行ったものは4例、手術なしのものは8例であった。原発巣別の平均生存期間はそれぞれ肺癌14.2ヶ月、大腸癌20.3ヶ月、食道癌19.5ヶ月、乳癌14ヶ月であり、癌腫による差は認められなかった。外科の治療群と無治療群の平均生存期間はそれぞれ28.3ヶ月、10.8ヶ月と外科治療群において長い傾向が認められた。
【結論】転移性腎腫瘍に対する外科の治療は、患者の全身状態、原発巣の病勢、治療による延命効果などを考慮し慎重に検討する必要がある。※（うち原発巣に対して手術のみ1例、手術+化学療法2例、化学療法のみ2例、化学+放射線療法1例、手術+化学+放射線療法1例、無治療1例）

O-7-34

婦人疾患との鑑別が困難であったGastrointestinal stromal tumorの2症例

熊本赤十字病院 産婦人科

○村上 望美、荒金 太、吉松かなえ、松岡 智史、黒田くみ子、佐々木瑠美、三好 潤也、福松 之敦

Gastrointestinal stromal tumor(GIST) は、消化管、腸間膜に発生する腫瘍で、その頻度は10 万人に1～2 人と稀な疾患である。わが国では胃に発生することが多いとされているが、特異的な症状や所見はないため診断が遅れることがある。また、画像検査上、腫瘍が大きくなるにつれ中央部に壊死を伴い不均一に造影されるため、婦人科悪性腫瘍との鑑別が苦慮することがある疾患とされている。今回我々は婦人科疾患を疑い、術後にGISTと判明した2例を経験したので報告する。
【症例1】27歳、未経妊未経産婦人。不正性器出血で前医を受診し、子宮腫瘍を指摘され当科を紹介された。造影CT検査で子宮腹側に内部不整で壊死を疑う径13cmの腫瘍を認めた。骨盤MRI検査では内部に出血成分を伴っていた。腫瘍マーカーはCA125が40.4U/mlと上昇、CA19-9、LDHは正常範囲内であった。子宮内腫瘍を疑い開腹術を施行したところ、腫瘍は小腸発生であり自然破綻を認めた。腫瘍を含めた小腸切除術を外科医により施行され、術後病理組織診断でGISTと診断された。術後イマチニブの投与を行われ、再発兆候は認めていない。
【症例2】74歳、2経産婦人。腹部緊満感を主訴に前医を受診し、婦人科疾患を疑われ当科を紹介された。骨盤MRI検査で径16cmの内部に充実成分、出血成分、壊死組織を伴う腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCA125が432U/mlと上昇、CEAは正常範囲内であった。子宮および片側付属器は摘出後であり、残存側の卵巣癌を疑い開腹術を施行した。腫瘍は小腸由来であり、腫瘍を含めた小腸切除術を外科医により施行され、術後病理組織診断でGISTと診断された。今後引き続き外科で加療の予定である。本邦で2001年以降に報告された婦人科疾患との鑑別を要した34例の報告を含め、文献的考察を加え報告する。

O-7-36

子宮頸部明細胞腺癌の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 産婦人科

○吉田 隆昭、神崎 優、日野 麻世、安田枝里子、家村阿紗子、横山 信喜、稲田 収俊、横山 玲子、山村 省吾、坂田 晴美、豊福 彩、中村 光作、小野 一雄

子宮頸部明細胞腺癌は子宮頸部腺癌の中でも約4％という非常に稀な組織型であり、その病態や予後に関して不明な点が多い。従ってコンセンサスの得られた治療方針もない。今回、我々は頸管内から筋腫分娩様突出する腫瘍を認め生検したところ明細胞腺癌であった子宮頸部腺癌を経験したので報告する。症例は68歳、2経妊、1経産。肉眼的血尿のため近医内科を受診したところ左付属器腫瘍を認め当科を紹介された。腔鏡診で頸管から突出する易出血性のくるみ大腫瘍を認めた。この腫瘍を生検したところ乳頭状構造を示して増殖する異型細胞を認めた。類円形核を有する多角形細胞で胞体が淡明のものが多くみられ明細胞腺癌を考える像であった。尚、超音波断層法では左付属器に4cm大の単房性腫瘍を認め前医で指摘されたものと思われた。MRIでは子宮頸管を占拠するようなbulky massを認めたが問質のstromal ringは保たれていた。左付属器腫瘍には悪性所見はなく漿液性腺腫と考えられた。CTでは有意なリンパ節腫大はなく、子宮頸部明細胞腺癌1B期の診断で広汎子宮全摘、両側付属器切除、骨盤内リンパ節廓清を施行した。摘出子宮の肉眼所見は頸部に限局する3cm大の剖面白色の外向隆起性充実性腫瘍を認めた。子宮体部には右後壁筋層内に筋腫を認める以外、異常はなかった。摘出物組織標本にはhobnail様の細胞も認め明細胞腺癌の像であった。問質浸潤は軽度であったが右内腸骨節に転移を認め、術後診断はpT1b1N1M0であった。再発高リスク群として術後、同時化学放射線療法を施行中である。

O-7-33

高リスク前立腺癌に対するロボット支援前立腺摘除術の治療経験

横浜市立みなと赤十字病院 泌尿器科

○土屋ふとし、村上 貴之、黒田晋之介、井上 雅弘、熊野 燿平、川崎 英司

【目的】高リスク前立腺癌に対する集学治療の初回治療として手術療法が選択される場合も多い。当院における同患者群に対するロボット支援前立腺摘除術の治療経験を報告する。
【対象と方法】当院は2014年2月から前立腺癌に対するロボット支援前立腺全摘術を導入した。現在までに経験した135症例中、D'Amico分類に基づき高リスクであった60例を対象とした。年齢は平均68.4歳（50-79）、術前PSA値は平均14.8ng/ml（4.1-78）、Gleason score は7以下が15例、8以上が45例であった。臨床病期はT1c 11例、T2a 13例、T2b 8例、T2c 10例、T3a 18例であった。16例に拡大リンパ節廓清を施行した。
【結果】コンソール時間は平均255分（142-330）、出血量は平均164ml（20-700）であった。病理所見はpT2aが6例、pT2bが2例、pT2cが24例、pT3aが18例、pT3bが10例であった。断端陽性率はpT2で18.8%、pT3aで11.1%、pT3bで50%であった。リンパ節転移を4例、PSA再発は7例に認めた。
【結論】コンソール時間、平均出血量は諸家の報告と比べて遜色のない結果であった。また断端陽性率も高リスク患者群に対する結果としては良好であった。pT3b症例は断端陽性率、リンパ節転移陽性率、PSA再発率が高い傾向が見られた。

O-7-35

下腹部正中のカメラポートで完遂した腹腔鏡下子宮全摘術の1症例

徳島赤十字病院 産婦人科

○別宮 史朗、柳原 里江、木内 理世、牛越賢治郎、名護 可容

【緒言】腹部手術既往のある患者では臍下部に腸管が癒着し、カメラポート挿入ができないために開腹手術への変更を余儀なくされることもある。今回我々は臍下部腸管癒着のため、下腹部正中からカメラを挿入して腹腔鏡下子宮全摘術TLHを完遂できた症例を経験したので報告する。
【症例】45歳2回経産婦。26歳時に卵巣チョコレート嚢胞の破裂のため、他院外科で手術既往があり手術痕は下腹部中央から臍上10cmまでにおよぶ。過多月経と月経困難症、粘膜下子宮筋腫を指摘され手術目的で紹介された。子宮は超手拳大で4cm大の筋腫核が2個、他にも小さな筋腫を認めた。腹部手術の既往があったが、子宮の可動性が良好であったためTLHを予定した。臍部の皮膚および筋層を切開したが、腹膜直下に腸管の癒着を認めた。臍部へのポート挿入は行えず、開腹手術への変更も考慮して手術痕下部から恥骨方向に3cmの切開を入れ腹腔内へ到達しEZアクセスを装着した。手術痕下に広範囲な腸管の癒着を認めたが、骨盤内に他のひどい癒着は認めなかった。両側の上前腸骨棘内側と恥骨上にポートを留置して腹腔鏡下手術を始めた。恥骨上からの鉗子は腹壁にはほぼ垂直からやや頭側にむけて挿入しなければならなかったがTLHを完遂できた。手術時間は3時間30分、摘出子宮重量は300g、出血量は250gであった。術後経過は順調で、腸閉塞などの症状もなかった。
【結語】臍下部腸管癒着症例であっても、カメラポートの位置を工夫すれば腹腔鏡下手術を完遂できる症例もある。

O-7-37

臨床経過から診断に苦慮した骨盤内腫瘍の一症例

秋田赤十字病院 総合周産期母子医療センター¹⁾、秋田赤十字病院 婦人科²⁾、秋田赤十字病院 放射線科³⁾、秋田赤十字病院 病理診断科部⁴⁾

○平野 秀人¹⁾、佐藤 宏和²⁾、大山 則昭²⁾、宮内 孝治³⁾、榎本 克彦⁴⁾

症例は27才女性、未婚、2回経妊 0 回経産、2回の人工妊娠中絶術の既往がある。最終月経は12月 8 日～。翌年 1 月15日、妊娠反応が陽性だったので、1 月24 日（最終月経から 6 週 5 日）、近医を受診した。子宮内に胎嚢様所見と、左側卵巣に78mmの嚢胞を認めている。1 月31日、同医を再受診した。子宮内に胎嚢様所見はなく、また、性器出血を認めたことから、流産と診断した。尿中hCG値は1000mIU/ml以上であったこと、また、骨盤内に腫瘍を認めることから、他院の受診を勧められたが放置していた。2月16日、下腹部痛と性器出血のため、当科を受診した。経陰超音波検査で、子宮は正常大、子宮内膜の肥厚はなかった。ダグラス窩に96×43mmの嚢胞を認めた。さらに、子宮の右側上方に、66×53mmの充実性腫瘍を認めた。尿中hCG値、血中hCG値は、それぞれ151 mIU/ml、749mIU/ml、血中 α -fetoproteinは460ng/ml、卵巣腫瘍マーカーは全て正常値であった。なお、血中HGB値は12.0g/dlと、貧血はなかった。2月18日、MRIで子宮の右頭側に7cmの腫瘍があり、豊富な血流のあることから、右側卵管妊娠が疑われ、同日、開腹術を行った。腹腔内には、少量の血性腹水があり、右側付属器は癒着のため一塊になっていた。癒着を剥離すると、メインの腫瘍は右側卵管妊娠によるもので、卵管采の子宮嚢（卵管膨大部）で破綻し、そこから頭殿長4cmの胎児が腹腔内に飛び出していた。破綻部位からの出血はなかった。病理検査では、胎児の全ての臓器および大部分の臍毛組織は壊死に陥っていた。胎児頭腎長から、妊娠週数は12週以降と推定された。〈BR〉経陰超音波検査が普及した現在、妊娠12週以降の卵管妊娠は極めて珍しいことや、その臨床経過から、診断に苦慮した症例であった。